

TABLEAU DES GARANTIES « 100 % SANTÉ »
**Contrat(s) collectif(s) frais de santé
des entreprises relevant de la convention collective nationale de l'immobilier (IDCC 1527)**

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Base uniquement	Base + Option 1	Base + Option 2	Base + Option 3
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 % BR	125 % BR	250 % BR	400 % BR
Honoraire : Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	250 % BR	400 % BR
Honoraire : Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière : Par nuitée	35 €	45 €	80 €	125 €
Chambre particulière : Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	35 €	35 €	40 €	40 €
Forfait hospitalier	100 % DE	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Participation forfaitaire	100 % DE	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Lit d'accompagnant (bénéficiaire de moins de 14 ans ou plus de 70 ans)	35 €	40 €	45 €	60 €
Forfait maternité (doublé en cas de naissance gémellaire)	10 % PMSS	12% PMSS	15% PMSS	20% PMSS
SOINS COURANTS				
ACTES REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Honoraires médicaux – Consultation / visite généraliste :				
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	230 % BR	300 % BR
- Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux – Consultation / visite spécialiste :				
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	230 % BR	300 % BR
- Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes)	100 % BR	130 % BR	200 % BR	250 % BR
Analyses et Examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel :				
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	230 % BR	300 % BR
- Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel :				
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR	230 % BR	300 % BR
- Non Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	125 % BR	170 % BR	200 % BR
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Base uniquement	Base + Option 1	Base + Option 2	Base + Option 3
SOINS COURANTS (Suite)				
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de Transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné-hors SMUR)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien (forfait/an/bénéficiaire)	100 €	120 €	150 €	250 €
AIDES AUDITIVES (Par oreille)				
JUSQU'AU 31/12/2020				
Aide auditive de classe I ou II :				
- Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	1 400 €	2 100 €	2 800€	2 800€
- Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	350 €	525 €	700 €	700 €
À COMPTER DU 01/01/2021 - Renouvellement par appareil tous les 4 ans				
Équipement « 100 % Santé** » : Aide auditive de classe I	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***
Équipement hors « 100 % Santé** » : Aide auditive de classe II				
- Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement SS	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
- Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	1 400 €	1 700 €	1 700 €	1 700 €
- Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 €	600 €	800 €	800 €
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
OPTIQUE				
Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans (hors situation particulière), tous les ans si renouvellement anticipé des verres ou enfants de moins de 16 ans, tous les 6 mois pour enfants de moins de 6 ans si adaptation de la monture au visage.				
Équipement optique « 100% Santé** » Classe A	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***
Équipement optique hors « 100% Santé** » de Classe B y/c le remboursement SS				
- Monture	100 €	100 €	100 €	100 €
- Par verre simple	150 €	160 €	160 €	160 €
- Par verre complexe	225 €	255 €	300 €	300 €
- Par verre très complexe	250 €	280 €	315 €	350 €
Lentilles remboursées ou non SS (forfait/an/bénéficiaire)	320 €	380 €	400 €	500 €
Kératotomie (forfait/an/bénéficiaire)	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires « 100% Santé ** »	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***	SRAP ***
Soins dentaires remboursés SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèse hors « 100% Santé » :				
- Inlay Core et Inlay à clavette	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Prothèses dentaires remboursées SS	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Inlay Onlay remboursé SS	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
- Couronnes et prothèses transitoires non remboursées SS (forfait/prothèse)	-	107,50 €	215 €	322,50 €

	Base uniquement	Base + Option 1	Base + Option 2	Base + Option 3
DENTAIRE (suite)				
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée SS, sur avis du chirurgien-dentiste consultant, sur la base d'un TO 90 - Garantie jusqu'à 25 ans (forfait/semestre/bénéficiaire)	-	100 €	200 €	400 €
Implant dentaire (forfait/an/bénéficiaire)	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
Plafond global dentaire ***** (au-delà des garanties du régime de base)	-	4 000 €	4 000 €	4 000 €

DE : Dépense Effective, **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale), **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. **SRAP** : Sans reste à payer

(*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (**) Tels que définis réglementairement : le dispositif 100% santé vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualité, prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale et les complémentaires santé (dès lors que vous disposez d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C), tout en bénéficiant d'un large choix d'équipements pour répondre à vos besoins, sans aucun frais à régler. (***) Aide auditive et optique : dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales. Dentaire : dans la limite des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales. (****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. (*****). Les limitations annuelles pour la prothèse s'entendent hors actes 100% Santé. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.